Ein Fall

von

Pylephlebitis suppurativa.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe.

Der

medicinischen Facultät zu München

unter dem Präsidium des Herrn Geheimraths und Professors

Dr. Ritter v. Gietl

vorgelegt von

Franz Büttner,

k. b. Assistenzarzt.

MÜNCHEN.

G. Franz'sche k. b. Hof-Buchdruckerei (C. Emil Mayer), München.

1883.

Ein Fall

von

Pylephlebitis suppurativa.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe.

Der

medicinischen Facultät zu München

unter dem Präsidium des Herrn Geheimraths und Professors

Dr. Ritter v. Gietl

vorgelegt von

Franz Büttner,

k. b. Assistenzarzt.

MÜNCHEN.

G. Franz'sche h. b. Hof-Buchdruckerei (G. Emil Mayer), München.

1883.

Dem kgl. b. Generalarzt I. Cl.

Dr. Ritter von Lotzbeck

ehrfurchtvollst gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554602_0130

Wenngleich die Pylephlebitis suppurativa nicht mehr zu den grössten Seltenheiten gehört, so dürfte es doch nicht ohne Interesse sein, den einen oder andern Fall, der besondere Eigenthümlichkeiten darbietet, zu erwähnen, zumal die Diagnose unter Umständen eine sehr erschwerte ist und in manchen Fällen geradezu unmöglich gemacht wird, da es bestimmte pathognomonische Zeichen zur Erkennung der Krankheit nicht gibt, sondern wir nur aus einer Reihe von Symptomen die Diagnose zu stellen im Stande sind.

Bevor ich nun auf die Ätiologie, pathologische Anatomie, Pathologie und Therapie dieser Krankheit etwas eingehe, will ich zuerst in Kürze die Krankheitsgeschichte des in Rede stehenden Falles, der auf der Abteilung des Herrn Geheimrathes Ritter von Gietl zur Beobachtung kam, anführen.

Kranken-Geschichte.

Borst Louise, 46 Jahre alt, Kindsmagd, wurde am 6. Januar d. J. in das allgemeine Krankenhaus l/J. I. med. Abtheilung aufgenommen.

Patientin hatte vor 12 Jahren einen Typhus durchgemacht, sonst will sie nie erheblich krank gewesen sein. Fünf Tage vor ihrer Aufnahme erkrankte sie mit Appetitlosigkeit, Erbrechen, Herzklopfen, Schwerathmigkeit. Seit 3. Januar, von wann an deutliche Gelbfärbung der Haut auftrat, will Patientin täglich 1—2 Schüttelfröste von circa $^1/_2$stündiger Dauer gehabt haben, darnach grosse Hitze und Schweiss. Bei ihrer Aufnahme ergab sich folgendes:

Ziemlich gutes Fettpolster, schlaffe Muskulatur, intensive Gelbfärbung der Haut und Sclera; Zunge belegt.

Herzbefund normal.

Rechte Lunge HU schmale Dämpfung; Athmung HU beiderseits etwas abgeschwächt, einzelne feuchte Rasselgeräusche; LHO verschärftes Exspirium; Husten; wenig Sputum.

Abdomen etwas aufgetrieben, weich; im Epigastrium Druckempfindlichkeit.

Lebergegend bei Palpation und Percussion sehr empfindlich; Leber vergrössert, besonders der linke Lappen;

Milz ebenfalls beträchtlich vergrössert;

Urin dunkel, von schwarz-grauer Farbe, trübe, sauer; Sp. G. 1013; enthält eine mässige Menge von Eiweiss, viel Gallefarbstoff. Die microscopische Untersuchung des Harns ergibt durch Gallefarbstoff gelb gefärbte Körnchencylinder, mit aufgelagerten, in Zerfall begriffenen Epithelien; Stuhl angehalten.

Fieber vom ersten Tage des Spitalaufenthaltes an vorhanden; bei der Aufnahme 38,4 C.

Das Krankheitsbild blieb nun mehrere Tage dasselbe.

Das Fieber zeigte einen remittirenden Typus mit starken Morgen-Remissionen und Abend-Exacerbationen.

Das Krankheitsbild änderte sich, als am 15. Januar Nachts 12½ Uhr, also 10 Tage nach dem Spitaleintritte, ein eine halbe Stunde dauernder Frost mit beträchtlicher Steigerung der Temperatur eintrat; noch an demselben Tage Vormittags 10 Uhr trat ein ähnlicher Frostanfall ein, auf den am 16. Abends 5 Uhr ein Schüttelfrost von ½ stündiger Dauer mit einer Temperatursteigerung bis zu 40,9° folgte. (vide Fiebercurve.) Im späteren Verlaufe der Krankheit sehen wir noch fünf leichtere und vier schwere Schüttelfröste eintreten.

Am 21. erbrach Patientin eine reichliche Menge grünlicher Flüssigkeit, was sich in den späteren Krankheitstagen noch öfter wiederholte.

Der Harnbefund blieb derselbe, nur nahm gegen das Ende zu der Gehalt an Gallefarbstoff bedeutend ab.

Die Kranke collabirte immer mehr, der Puls wurde sehr klein, leichte Delirien während der Nacht stellten sich ein; Abdomen stark aufgetrieben, theils durch den Meteorismus,

theils durch Ascites; Odem der Beine. Die Gelbfärbung der Haut verschwand fast ganz und machte einer lividen Farbe Platz. Unter stetiger Zunahme der Erschöpfung und der peritonischen Erscheinungen und unter Abnahme des Icterus erfolgte der Tod am 6. Februar, ohne dass in den letzten Tagen neue Frostanfälle hinzugekommen wären.

Klinisch bot der Fall das Bild einer septischen Allgemeinerkrankung einhergehend mit Icterus. Aus diesem Grunde und aus dem physikalischen Befunde der Leber und Milz wurde die Diagnose auf Leberabscess gestellt, die sich, wie wir gleich aus dem jetzt folgenden Sectionsberichte ersehen werden, zum Theile bewahrheitet hat.

Sections-Befund.

Aus dem 22 Stunden nach dem Tode gewonnenen Sectionsberichte lässt sich folgendes entnehmen:

Sehr bleiche, anämische Leiche mit schwacher Musculatur; Conjunctiva gelb gefärbt.

Zwerchfellstand links 4. Rippe, rechts 3. Intercostalraum.

Linke Lunge normal mit Ausnahme eines bohnengrossen cirrhotischen Heerdes an der Spitze; rechte Lunge zeigt auf der Pleura besonders des Unterlappens starken Fibrinbeschlag; an der dem Zwerchfell aufliegenden Fläche zwei im Durchmesser $^3/_4$ cm haltende Abscesse, deren Inneres mit Eiter und gangränösem Lungengewebe erfüllt ist; ferner finden sich im Unterlappen noch mehrere frische, kleine Abscesshöhlen, die jauchigen Eiter enthalten.

Der Kehlkopf zeigt an der hintern Commissur der Stimmbänder über dem rechten Giessbeckenknorpel ein etwas tief gehendes Geschwür mit grau-schwarzem Belag; ebenso finden sich kleine, hirsekorngrosse Geschwüre beiderseits im hintern Winkel zwischen den wahren und falschen Stimmbändern und ein flaches Erosionsgeschwür am rechten falschen Stimmbande; die wahren Stimmbänder sind frei von entzündlichen Prozessen; die Schleimhaut der Epiglottis von granulirtem Aussehen, leicht injicirt. Herz schlaff, Muskel blass, brüchig; Intima der grossen Gefässstämme stark mit Blutfarbstoff inbibirt.

In der Peritonealhöhle findet sich in den unteren Regionen und im kleinen Becken trübe, gelblich-rothe Flüssigkeit; beim Aufheben des rechten Leberlappens zeigt sich unter demselben stark riechende, eitrige, dunkle Flüssigkeit; die Vorderfläche der Leber mit Faserstoff bedeckt; die kleine Curvatur des Magens, das Duodenum sind mit der unteren Fläche der Leber in der Gegend der Gallenblase fest verwachsen, ebenso die Milz mit der grossen Curvatur.

Die Milz bedeutend vergrössert, das Gewebe weich, dunkelroth; an zwei, keilförmig von der Oberfläche gegen das Innere sich fortsetzenden Stellen, von 1 beziehungsweise 1 $^1/_2$ cm Durchmesser ist das Milzgewebe zu einer dunkelbraun-rothen flüssigen Masse zerfallen.

Leber bedeutend vergrössert:

Längsdurchmesser 28,5 cm
Höhendurchmesser 20,0 „
Dickendurchmesser 9,5 „

Die Oberfläche zeigt verschieden grosse Abscesse im Lebergewebe eingelagert; hauptsächlich ist die untere Fläche dicht durchsetzt von zahlreichen, unter sich confluirenden Abscessen, welche die Serosa durchbrachen und dicken, äusserst übel riechenden Eiter in die Bauchhöhle ausfliessen liessen; die Abscesse sind so zahlreich, dass die Leber in einer über Hand grossen Ausdehnung das Aussehen eines groblöcherigen, schwarz-grauen Schwammes bietet; auf dem Durchschnitte erscheint die Leber ebenfalls durchsetzt von derartigen linsen- bis haselnussgrossen Abscessen, von welchen einige deutlich gallig tingirten Eiter enthalten.

Die Gallenblase hat eine dicke, derbe, fibröse Wandung, ist nur mehr etwas über haselnussgross und enthält im Innern drei erbsengrosse Gallensteine nebst weisslichem Schleim; am Beginne des ductus cysticus befindet sich eine kleine, diverticelartige Erweiterung, deren Wandungen äusserst derb, fibrös sind, narbenartig verzogen; diese Stelle ist durch derbes, fibröses Bindegewebe, sowohl mit der Unterfläche der Leber als auch dem Duodenum verbunden; nach dieser Erweiterung ist der ductus cystius fast vollständig verschlossen.

Die Pfortader ist mit flüssigem, leicht gallig gefärbtem Eiter gefüllt; die Wandungen derselben mit einer papierdünnen, thrombenartigen Membran an einigen Stellen bedeckt; soweit sich die Aeste verfolgen lassen, zeigen sich sämmtliche mit flüssigem, zähem Eiter erfüllt, der weisslich grau, oder schwach gelblich gefärbt ist; an der Theilung der Pfortader, an ihrer Wurzel, sitzt ein derber, ziemlich frischer, weisser Thrombus, der die Mündung sämmtlicher Wurzeln vollständig versperrt und sich in die einzelnen Wurzeln auf 1—2 cm fortsetzt; an einem Aste zeigt sich eine kleine Oeffnung, die mit einem Eiterherde communicirt;

der ductus hepaticus und die kleinen Lebergänge sehr erweitert, mit dünner Galle gefüllt; nahe der Mündung des ductus choledochus in das duodenum finden sich mehrere erbsengrosse Gallensteine; einer, etwa linsengross, sitzt direct an der Mündung; die Mündung selbst sehr eng, die Schleimhaut geschwellt.

Im Mesenterium einige mit grau weisslichem Eiter infiltrirte, kleine Stellen; eine derartige Stelle liegt direct neben einer grösseren Mastdarmvene; die betreffende Vene zeigt sich hier in der Ausdehnung von 1 $^1/_2$ cm mit eiterartiger Masse gefüllt und ist oberhalb und unterhalb durch kurze, feste Thromben abgesperrt; die Venenwandung zeigt hier deutliche Pigmentirung; der periphlebitische Eiterheerd communicirt nicht mit dem lumen der Vene, ist aber nur durch eine sehr dünne Schichte (Intima) davon getrennt und etwas in das lumen der Vene vorgewölbt.

Der Magen zeigt zerstreut auf seiner Oberfläche zwölf fünfpfennigstückgrosse, bis in die muscularis reichende Geschwüre; der Grund derselben grösstentheils gereinigt, an einzelnen Stellen necrotische Fetzen, die Ränder leicht geschwellt und theilweise mit fest anhaftendem Blutgerinnsel bedeckt; an anderen Stellen ist die Schleimhaut oberflächlich arrodirt von gelblicher Farbe und wie von Eiter durchsetzt; an diesen Stellen, an welchen es noch nicht zur offenen Geschwürsbildung gekommen ist, beschränkt sich die Infiltration nur auf die Schleimhaut.

Im Dünndarme nichts Abnormes; das untere Ileum enthält tiefschwarzen breiigen Inhalt; im Rectum ein fünfpfenniggrosses flaches Geschwür mit fetzigen Rändern; nahe dabei findet sich eine Stelle, an der die Schleimhaut etwas vorgewölbt ist und grau-röthliche Färbung zeigt; beim Einschneiden gelangt man hier auf einen linsengrossen Heerd von jauchigem Inhalt.

Die Nieren ziemlich bluthaltig, das Gewebe weich, etwas geschwellt; Kapsel beiderseits nur mit Verlust von Nierengewebe abziehbar;

Uterus zeigt mehrere kleine subseröse Fibrome.

Fassen wir die wichtigsten pathologischen Veränderungen kurz zusammen, so ergibt sich folgendes Bild:

Verschluss des ductus cysticus durch Narbencontraction; Verschluss des ductus choledochus durch Gallensteine; multiple, eitrige Abscesse in der Leber mit Durchbruch einiger in die Pfortaderäste; Thrombosirung der Pfortader mit eitrigem Zerfall des Thrombus; eitrige Entzündung sämmtlicher Pfortaderäste; Perforation eitriger Abscesse in die Bauchhöhle, Peritonitis suppurativa; embolische Abscesse im rechten Unterlappen; embolische Geschwüre im Magen, Mastdarm und Milz; Kehlkopfgeschwüre.

Nach diesem Befunde ergibt sich als Leichendiagnose eine Pylephlebitis suppurativa, welche zur allgemeinen Septikaemie mit Metastasen in die verschiedenen Organe führte; die an der hintern Seite der Leber gelegenen Abscesse perforirten in die Bauchhöhle und riefen eine eitrige Peritonitis hervor; embolischer Natur sind sicher die in der rechten Lunge gefundenen Abscesse mit secundärer Pleuritis, sowie die zwei in der Milz vorgefundenen Erweichungsstellen; die in reichlicher Anzahl vorhanden gewesenen Magengeschwüre entstanden wohl durch Stauung, da durch die thrombosirten Magenvenen das Blut nicht mehr zur Pfortader zurückkehren konnte, ähnlich wie bei Lebercirrhose Magengeschwüre und Erosionen entstehen.

Das Bild einer allgemeinen Sepsis liegt klar vor uns: Vergrösserung der Milz, Imbibition des Endocards und der Intima der grösseren Gefässe, theerartige Beschaffenheit des Blutes.

Gehen wir über auf die Antiologie unseres Falles, so kann im Voraus eine traumatische Pylephlebitis ausgeschlossen werden, welche überhaupt sehr selten zu Stande kommt.

(Dr. Baumann: Ein Fall von Pylephlebitis traumatica.*)

Ferner können wir a priori die Pylephlebitis suppurativa, welche vom Nabel ausgehend bei Neugebornen vorkommt, ausser Beachtung lassen.

Bei Weitem die meisten Fälle von eitriger Pfortaentzündung lassen hich zurückführen auf die Anwesenheit eines Entzündungs- oder Verschwärungsherdes im Bereiche derjenigen Organe, aus welchen die Wurzeln der Pfortader hervorgehen.

Der gewöhnlichste unter diese Kategorie gehörigen Fälle ist der, dass der Pylephlebitis suppurativa eine Eiterung und Verschwärung in der Umgebung des Blinddarmes und seines wurmförmigen Anhanges zu Grunde liegt. Kommt hier ebenfalls nicht in Betracht, da post mortem keine Veränderung an dieser Stelle nachgewiesen werden konnte.

Viel seltener nimmt sie ihren Ausgangspunkt von einem Eiterungsvorgange im Magen; die Sektion ergab zwar eine grössere Menge derartiger Prozesse, doch dürfen dieselben wohl als sekundäre Erscheinung aufgefasst werden.

Vom Rectum aus hat man ebenfalls mehrmals Pylephlebitis suppurativa ausgehen sehen und wir könnten wohl daran denken, dass von dem post mortem entdeckten Geschwüre im Rectum aus ein entzündlich eitriger Prozess durch das Bindeglied der Haemorrhoidalphlebitis auf das Pfortadersystem sich verbreitet habe. Noch auffallender ist übrigens der Befund am Masenterium, der wohl als der am meisten wahrscheinlichste Ausgangspunkt angeschuldigt werden muss.

---

* Aerztliches Intelligenzblatt 1881.

Wir fanden nämlich hier eine eitrig infiltrirte Stelle, allem Anscheine nach herrührend von kranken Lymphdrüsen; diese Stelle lag direkt neben einer grossen Vene, welche auch dem entsprechend verschiedene Veränderungen zeigte, die aus dem Sektionsberichte deutlich ersichtlich sind.

(Einen hier einschlägigen Fall berichtet Leudet.*)

Weiterhin hat man einigemal die eitrige Pfortaderentzündung von einem Eiter- oder Jaucheherd in der Milz ausgehen sehen, und hätten wir eine Entzündung der Milzvene nachweisen können, die sich auf den Pfortaderstamm fortgesetzt hättte, so würden wir einen dritten Ausgangspunkt für unsern Fall erhalten haben.

Eine diesbezügliche Beobachtung theilt uns Law mit.**

Endlich müssen wir noch den Befund am ductus cysticus, hepaticus und choledochus etwas ins Auge fassen; es wurde nämlich schon mehrmals beobachtet, dass eine durch Gallensteine erregte Entzündung und Verschwärung sich auf einen grösseren Pfortaderast ausbreitete; doch haben wir nur im duct. hepatic. als Residuum einer vorausgegangenen Entzündung eine Narbencontraction nachweisen können, die hier in Betracht gezogen zu werden verdient; in diesem Falle müssten sich indessen die Wurzeln der Pfortader ganz normal verhalten und die Entzündung von vornherein den Stamm oder nur die Aeste befallen haben; dem war aber nicht so.

Es liessen sich vielleicht noch mehrere pathogenetische Momente anführen, die aber jedenfalls nur äusserst selten zur Beobachtung kommen, so z. B. die Pylephlebitis suppurativa, welche durch den Aufbruch von benachbarten Echinococcussäckchen entstehen könnte oder von einem primären Leberabscesse, der sich auf die benachbarten Pfortaderäste erstrecken würde, oder endlich ein Abscess in der Glisson'schen Scheide.

Von den angeführten Möglichkeiten als Ausgangspunkten scheint, wie schon bemerkt, der wahrscheinlichste der Eiter-

---

* Arch. gen. de Med. 1853. t. I. p. 145.

** Dublin Quart. Journ. Febr. 1851 p. 328.

herd, welcher zwischen den Platten des Mesenterium gefunden wurde, zu sein, indem die in seiner unmittelbaren Nähe befindliche Vene von der Entzündung ergriffen und in den Zustand der eitrigen Infiltration gesetzt wurde; es folgte hierauf eine Gerinnung des Blutes innerhalb der zuerst ergriffenen Venenstrecke; der Thrombus, der dadurch enstanden war, unterlag zum Theil einer puriformen Schmelzung, das Venenlumen erschien jetzt in einer Ausdehnung von 1,5 cm mit eitriger Masse erfüllt, der Thrombus weiter oben und unten blieb fest und obturirte die Vene. Es blieb also, was jedenfalls ein Ausnahmefall ist und daher besondere Berücksichtigung verdient, der primitive Thrombus auf den ursprünglichen Herd beschränkt, es erfolgte also keine Fortsetzung des Thrombus in der Richtung nach oben hin; es wurde jedoch voraussichtlich von dem ursprünglich erweichten primären Thrombus einzelne Bruchstücke abgelöst und embolisch in die Leberäste der Pfortader verschleppt; hier wurden sie angehalten, verursachten Gerinnung des Blutes bis zur völligen Obturation des betreffenden Astes, der Thrombus wuchs nach rückwärts fort, füllte allmählich die gröberen Aeste, dann den Stamm der Pfortader aus, verfiel ebenfalls der eitrigen Umwandlung und versetzte die Wandung der Pfortaderäste in den Zustand der eitrigen Infiltration und des ulcerösen Zerfalles.

Fragen wir uns nun, welche Affectionen uns zur Annahme der Diagnose „Pylephlebitis suppurativa“ in unserem Falle berechtigten, so kommen in dieser Hinsicht hier folgende Hauptmomente in Betracht, auf welche die Diagnose zu basiren ist:

Es waren mehrere Störungen zu constatiren, welche als Ausgangspunkt der eitrigen Pfortaderentzündung dienen konnten;

ferner die Schmerzen im Epigastrium und der Lebergegend, hauptsächlich dem linken Leberlappen entsprechend;

dann die häufigen Frostanfälle, welche mit unregelmässigen Zwischenräumen sich wiederholten und auf welche starke

Hitze und profuser Schweiss folgte, während die Temperatur während der Zwischenzeit fieberhaft erhöht blieb;

ein weiteres Symptom bildete die frische Leberschwellung, dann der bedeutende Milztumor;

ferner die icterische Färbung der Haut und des Harns;

endlich der rasche Verfall der Kräfte, und zuletzt noch das Hinzutreten einer diffusen Peritonitis.

Wenn ich vorhin behauptete, dass mehrere Störungen als Ausgangspunkt der Pylephlebitis suppurativa nachzuweisen gewesen wären, so war dies in Bezug auf die Leichendiagnose gesagt, denn während des Lebens konnte wohl mit Sicherheit kein diesbezüglicher Prozess als materia peccans eruirt werden, sondern die Ulcerationen im Magen, im Rectum, die Erscheinungen am Mesenterium und den Gallengängen waren natürlich postmortaler Befund.

Wir können jedoch mit ziemlicher Zuversicht auch mit Ausschluss des oben besprochenen Nachweises eines Eiter- oder Jaucheherdes oder eines Geschwüres oder vielleicht des Verschluckens eines Fremdkörpers bei dem vollständigen Zusammentreffen der übrigen erwähnten Punkte unsere Diagnose aufrecht erhalten.

Die Schmerzen im Epigastrium und der Lebergegend waren von Anfang an da und verloren sich nicht während des ganzen Krankheitsverlaufes; der Sitz des Schmerzes im linken Leberlappen ist wohl etwas verfänglich, da er gewöhnlich, den Leberästen der Pfortader entsprechend, im rechten Hypochondrium ist und man ist zu der Annahme verführt, den Beginn der Phlebitis an der Milzvene zu suchen.

Der Schmerz im Epigastrium entspricht sicher dem Stamme der Pfortader.

Die Lokalisirung des Schmerzes nach links trat indessen erst später ein, denn bei der Aufnahme des Status präsens war die ganze Lebergegend sehr empfindlich bei Palpation und Percussion; man kann sich also von der oben besprochenen Annahme ganz gut frei machen. Die Schmerzen, welche sich gegen das Ende der Krankheit über das ganze Abdomen

ausbreiteten, waren sicherlich durch das Auftreten einer diffus werdenden Peritonitis veranlasst.

Die beiliegende Fiebercurve gibt uns ein deutliches, für diesen Fall charakteristisches Bild; die Frostanfälle waren unregelmässig, wiederholten sich mehrmals an einem Tage und übersprangen andere Tage völlig; zum Unterschiede von der an Intermittens erinnernden Regelmässigkeit, ganz abgesehen von der ausnahmslosen Wirkungslosigkeit des Chinins bei Frostanfällen, die bei der eitrigen Pfortaderentzündung eine so wichtige Rolle spielen.

Einen vielleicht ebensogrossen diagnostischen Werth wie die durch Frost eingeleiteten, irregulären Fieberanfälle hat der constatirte Milztumor. Sein Zustandekommen ist, wie a priori einleuchtet, an eine von zwei Bedingungen geknüpft. Entweder entsteht er durch die Verstopfung zahlreicher feiner Leberäste der Pfortader oder dadurch, dass die in einer der Pfortaderwurzeln begonnene Thrombenbildung sich so hoch hinauf erstreckt, dass die Einmündungsstelle der Vena lienalis ganz oder theilweise verlegt wird.

In dem gegebenen Falle ist nun nicht so leicht zu sagen, welche von den zwei Bedingungen die primäre war; gegeben waren sie beide, indem nämlich sowohl sämmtliche Leberäste der Pfortader, soweit sie sich verfolgen liessen, verstopft, resp. mit Eiter gefüllt waren, als auch andrerseits sich an der Wurzel der Pfortader ein Thrombus befand, der die Mündungen sämmtlicher Pfortaderwurzeln verstopfte.

Wenn unsere Annahme richtig ist, die dahin ging, dass von einem am Mesenterium stattgehabten Eiterungsvorgange der Prozess ausgehend vom ursprünglich erweichten Thrombus der betreffenden entzündeten Vene Bruchstücke in einen oder mehrere Aeste verschleppt wurden und von dort aus nach rückwärts sich der Prozess auf die gröberen Aeste, dann auf den Stamm der Pfortader ausbreitete, so müssen wir als primäre Ursache des Milztumor die Verstopfung der Leberäste bezeichnen und uns vorstellen, dass durch das Hinzutreten des zweiten Factors die Milzschwellung eine so enorme wurde.

Eine ganz besondere Erwähnung in dem vorliegenden Falle verdient das Verhalten des Icterus; derselbe nahm, wie die Krankengeschichte lehrt, anfangs fortwährend zu, um vom 24. Januar an wieder allmählich sich zu vermindern und trat soweit zurück gegen das Ende der Krankheit, dass er in den letzten Lebenstagen nicht mehr so stark ausgeprägt erschien wie zur Zeit der Aufnahme.

Am auffallendsten waren diese Erscheinungen resp. Veränderungen am Harn zu beobachten, der schliesslich nur noch die Farbe eines gewöhnlichen Fieberharns zeigte. In Uebereinstimmung damit war die Gallenblase post mortem nur mehr etwas über haselnussgross, hatte eine verdickte Wandung und enthielt anstatt flüssiger Galle drei erbsengrosse Gallensteine.

Suchen wir nach einer Erklärung dieser Erscheinungen, so können wir eine solche nicht allzuschwer finden. Die Kranke gerieth allmählich unter dem Einflusse der Krankheit in einen Zustand hochgradiger Inanition, in welchem sie nur noch wenig oder gar keine Galle mehr producirte. Da nun einerseits die Resorption der in die Gewebe eingelagerten Gallebestandtheile und deren Ausscheidung durch den Harn fortdauernd anhielt, andererseits neue Galle nur in Spuren oder gar nicht erzeugt wurde, so musste schliesslich auch die Menge der in die Gewebe abgelagerten Gallebestandtheile sich allmählich immer mehr vermindern.

Der rasche Verfall der Kräfte ist uns wohl erklärlich, wenn wir einen Blick auf die Fiebercurve werfen. Der höchste Grad der Erschöpfung trat ein durch das Hinzukommen einer diffusen Peritonitis, welche der Kranken in Folge des sie begleitenden starken Meteorismus grosse Athembeschwerden verursachte und den letalen Ausgang, der per se ein unvermeidlicher war, beschleunigte.

Nach dieser Besprechung und Erläuterung der diagnostischen Merkmale erübrigt mir noch Einiges über die Differentialdiagnose beizufügen. Auf den ersten Blick hätte man bei der Aufnahme der Kranken versucht sein können, den vorliegenden Fall für einen Icterus catarrhalis zu halten, da ja

auch bei dieser Krankheit gewöhnlich eine Schwellung der Leber und nicht selten eine erhebliche Anschwellung der Milz constatirt werden kann; ferner kann dieselbe auch von Fieber begleitet sein; es wiesen indessen die etwa acht Tage nach der Aufnahme eintretenden Frostanfälle und die Höhe des Fiebers bald auf ein schwereres Leiden hin.

Wiederholte heftige Frostanfälle mit starker Temperaturerhöhung werden bei Blennorrhoe der Gallengänge, welche dann gewöhnlich in der Anwesenheit zahlreicher kleiner Concretionen in diesen Gängen ihren Grund hat, beobachtet und dann beim Leberabscesse.

Gegen die Blennorrhoe der Gallengänge aber spricht nicht blos die kurze Dauer der Krankheit, sondern auch vor Allem die colossale Vergrösserung der Milz, von der wir entschieden wissen, dass sie ihren Grund nicht in einer vorhergegangenen hartnäckigen Intermittens hatte, sondern ein frischer Milztumor war; überdies war der Icterus nicht so stark ausgeprägt als er es hätte sein müssen, wenn wir es mit einer Anfüllung der Gallengänge mit eitriger Flüssigkeit zu thun gehabt hätten.

Der Verschluss der Gallengänge durch Steine stimmt mit der Pylephlebitis suppurativa überein hinsichtlich des Icterus, der geschwollenen und schmerzhaften Leber und der unregelmässig einsetzenden Frostanfälle; dagegen werden bei ihm vermisst der Milztumor, die septische Infection, der rapide Verfall der Kräfte; ferner sind die Stühle beim Gallengangverschluss farblos, während dieselben in unserem Falle leicht gallig gefärbt waren und nie die lehmartige Beschaffenheit des Kothes zeigten, wie sie bei dem genannten Prozesse Regel ist.

Der idiopathische Leberabscess ist differentialdiagnostisch insofern wichtig als er mit der Pylephlebitis suppurativa die Vergrösserung der Leber nebst Schmerzhaftigkeit derselben, sowie die Fröste und das Fieber gemein hat; indessen sind die Ursachen beider Krankheiten total verschieden; es fehlt beim Leberabscess der Milztumor, ferner die Diarrhöen, die schnelle Consumption und hochgradige Prostration und der

bei der Pylephlebitis suppurativa in der Regel beobachtete pyaemische Zustand wird beim Leberabscess ebenso regelmässig vermisst.

Gegen Intermittens sprach einmal die Unregelmässigkeit der Frostanfälle, während bei Intermittens ein durchaus regelmässiger Fieber-Typus nachzuweisen ist d. h. die von Frost eingeleiteten Fieberanfälle oder Fieberexacerbationen, gleichgiltig, ob sie den Typus einer einfachen Quotidiana, oder einer Quotidiana duplex, oder einer Tertiana einhalten, stets in bestimmten Zeitverhältnissen auftreten, bot unser Fall einen durchwegs unregelmässigen Rhythmus dar; gegen Intermittens sprach ferner die gänzliche Wirkungslosigkeit des Chinin, das aus noch zu erläuternden Gründen wohl versucht werden musste; überhaupt haben, abgesehen von dem Milztumor und dem die Frostanfälle begleitenden Hitze- und Schweissstadium in Bezug auf alle übrigen Symptome beide Krankheiten gar keine Berührungspunkte miteinander gemeinsam.

Das Besprechen der Differentialdiagnose der adhaesiven und der suppurativen Pylephlebitis können wir wohl ausser Acht lassen, da beide kaum ein Symptom, vielleicht die Milzschwellung und die Diarrhöen gemeinsam haben.

Der Verlauf unseres Falles kann als ein subacuter bezeichnet werden, da zwischen dem Eintreten des ersten heftigen Schüttelfrostes und dem Tode ein Zeitraum von etwa fünf Wochen lag; in den meisten Fällen ist diese Zwischenpause etwas kürzer und erstreckt sich manchmal nur über einige Tage. Wenn die Affection nicht den septischen Character an sich trägt, so kann die Krankheit sogar mehrere Monate dauern und Leudet spricht von einem Falle, der erst nach fünf Monaten letal endigte; bei diesem mehr protrahirten Verlaufe treten zuweilen die Erscheinungen der diffus werdenden Peritonitis mehr hervor, ohne jedoch eine bedenkliche Höhe zu erreichen. Es ist vor Allem der hectische Zustand des Kranken, welcher für ihn befürchten lässt; die Abmagerung, der Verfall der Kräfte, die abundanten Diarrhöen, das anhaltend hohe Fieber mit abendlichen Exacerbationen und intercurrenten Frostanfällen. Die erwähnte

Zwischenpause von etwa fünf Wochen konnten wir nur mit Zuhilfenahme der Anamnese bestimmen, welche dahin lautete, dass schon drei Tage vor der Aufnahme Patientin täglich ein bis zwei Schüttelfröste gehabt habe; es dürfte diese Angabe auch richtig gewesen sein, denn bei der Aufnahme des Status präsens war bereits Vergrösserung und bedeutende Empfindlichkeit der Lebergegend und beträchtliche Milzschwellung zu constatiren und schon am zweiten Tage eine Temperatursteigerung bis zu 40,7 ° C.; nicht weniger spricht dafür das Erbrechen, das sich schon am ersten Tage des Beginnes der Krankheit zeigen kann. Wir hatten überhaupt einen schulgerechten Fall vor uns, was das allgemeine Krankheitsbild anlangt, nämlich Schmerz im Bereiche des Abdomen, dessen Sitz davon abhängt, welche Strecke der Pfortader zuerst von der Entzündung ergriffen wird, dann leichter Meteorismus, Uebelkeit mit Erbrechen, heftige Schüttelfröste mit darauffolgendem starken Hitze- und Schweissstadium; sehr bald nach dem ersten Schüttelfroste Milz- und Leberschwellung, endlich Icterus.

Die Pylephlebitis suppurativa verläuft wohl immer letal in so ausgebildeten Fällen wie es der vorliegende war. Gegen das Ende stellte sich ein somnulenter Zustand ein, der von leichten Delirien unterbrochen war; die Frostanfälle hörten auf, kalter Schweiss bedeckte die Haut, der Puls wurde ganz klein und unregelmässig, die Harnabsonderung hörte ganz auf und es trat der Tod ein als dessen wesentliche Ursache wohl die septische Entmischung des Blutes und die äusserste Erschöpfung des Organismus in Folge des Fiebers zu bezeichnen ist.

Die Prognose musste als absolut letal gestellt werden, da an die Möglichkeit einer Heilung höchstens in dem Falle gedacht werden kann, wo eine Pylephlebitis einzelner Wurzeln der Pfortader von beschränkter Ausdehnung und in umschriebener Form vorliegt, wo also der Stamm und die Leberäste gar nicht mit betheiligt sind, und ferner der septische Charakter der circumscripten Phlebitis fehlt.

Bei der Prognosis letalis war natürlich an eine wirksame

Therapie nicht zu denken, da wir auf den krankhaften Prozess selbst keinen Einfluss zu gewinnen vermögen; ebensowenig ist es möglich, zu verhüten, dass der lokale Prozess zur septischen Infection des gesammten Organismus führt.

Wir waren also darauf angewiesen, ein rein symptomatisches Verfahren einzuschlagen und bestand dasselbe hauptsächlich in der Anwendung einer roburirenden Diät nebst Darreichung von Chinin, dessen Anwendung insofern berechtigt war, als ein diagnostischer Irrthum hätte vorliegen können; gegen die Fröste der suppurativen Pylephlebitis hat sich allerdings das Chinin ganz wirkungslos gezeigt.

Schliesslich sei mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Geheimrath Ritter v. Gietl für die bereitwillige Ueberlassung des Materials meinen innigsten Dank auszusprechen.

Quellen, welche ich zu dieser Arbeit benützte:

1) Kussmaul: Berliner klinische Wochenschrift 1868, pag. 130.

2) Traube: Berliner klinische Wochenschrift 1869, pag. 3.

3) Baumann: Aerztliches Intelligenzblatt.

4) Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin

B. 141, pag. 295. B. 156, „ 168.
„ 149, „ 25. „ 158, „ 33.
„ 148, „ 22.

5) Leudet: Archiv. génér. de med. (1852. 1853, t. I., p. 145).

6) Law: Dublin Quart. Journ. Febr. 1851, p. 238.

7) Bristowe: Patholog. Transact. Vol. IX, p. 279, 1858.

8) Schüppel: Die Krankheiten der Gallenwege und der Pfortader. 1880.

9) Frerichs: Klinik der Leberkrankheiten I. 1861. p. 385.

Zur Erläuterung der Fiebercurve diene, dass die roth gefärbten Kreuze Schüttelfröste im eigentlichen Sinne des Wortes andeuten, während die blauen leichtere Frostanfälle anzeigen sollen.